Talavera. (T. A)

ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNOS APUNTES

—sobre la—

SEMEIOTICA DE LA LENGUA.

TRABAJO

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL

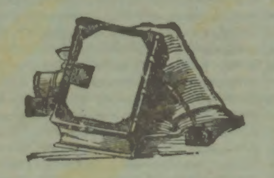
—DE—

MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA,

presenta al Jurado Calificador

TOMAS A. TALAVERA

Alumno de la Escuela N. de Medicina, ex-practicante
del Hospital Juárez
y de las secciones Médicas de Policía



TOLUCA.

TIP. DEL GOBIERNO EN LA ESCUELA DE ARTES.

1896.

Sr. Dr. Genaro Gómez.

ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNOS APUNTES

—sobre la—

SEMEIOTICA DE LA LENGUA.

TRABAJO
QUE PARA EL EXAMEN GENERAL
—DE—

MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA,

presenta al Jurado Calificador

TOMAS A. TALAVERA

Alumno de la Escuela N. de Medicina, ex-practicante
del Hospital Juárez
y de las secciones Médicas de Policía.



TOLUCA.

TIP. DEL GOBIERNO EN LA ESCUELA DE ARTES.

1896.

Á mis amados padres.

CORTO TRIBUTO DE TERNURA FILIAL

Y RECONOCIMIENTO,

POR LOS SACRIFICIOS Y DESVELOS QUE HAN EMPRENDIDO

DURANTE MI CARRERA.

A MI HERMANO

EL SR. EPIFANIO TALAVERA.

Muy poco será cuanto haga para corresponder al afán que has tomado, labrándome un porvenir; recibe esta humilde manifestaicón, como débil prueba de mi sincero agradecimiento.

AL SEÑOR DON SANTIAGO GRAF.

HOMENAJE DE CARIÑO

Y PROFUNDO AGRADECIMIENTO POR LA GENEROSA PROTECCIÓN

CON QUE ME HA FAVORECIDO.

 MIS QUERIDOS HERMANOS.



ANATOMIA.

La lengua es un órgano que con la parte superior de la región suprahiodea forma el piso de la cavidad bucal.

Fija en la base sobre el hueso hyoides, su parte libre juega con libertad en la boca; tiene una forma casi piramidal, de base posterior y de vértice anterior, el que gracias á su movilidad, puede salir fuera de la cavidad para su fácil examen, comodidad útil para estudiar los neoplasmas ó cualquiera otra perturbación que pudiera presentar.

Como resultado de las medidas que Sappey ha hecho en un gran número de personas, saca para la lengua de los adultos, de 9 á 12 centímetros de la punta á la base, y de 5 á 6 centímetros de un borde á otro en su porción más ancha.

La lengua, al estado de reposo y cuando la boca está cerrada, es horizontal en su parte anterior, y en el tercio posterior, hace un plano inclinado de arriba abajo y de adelante atrás hasta llegar á ser vertical á una pequeña distancia antes de insertarse al hueso hyoides. La tracción de la lengua fuera de la boca, modifica completamente la dirección que en el estado de reposo afecta;

pues que el hueso que le sirve de inserción, se levanta, la parte que antes era vertical se cambia en horizontal, y todo el órgano presenta una oblicuidad de arriba á abajo y de adelante atrás.

A la lengua se le cuentan dos caras, dos bordes, una base y una punta.

La cara superior ó dorsal está formada de una mitad anterior horizontal que está en contacto con la bóveda palatina y velo del paladar, y una mitad vertical que está separada del vértice de la lueta como á unos 8 ó 10 milímetros, más abajo está en contacto con la epiglotis por los repliegues gloso epiglóticos (un mediano y dos laterales). En la unión de los tres cuartos anteriores con el cuarto posterior se encuentra la punta de la V lingual correspondiendo á un fondo de saco bien grande llamado *foramen cœcum* (Morgagni) *ó laguna de la lengua* (Chaussier). La parte anterior de la V lingual es un poco tomentuosa con papilas de tres clases: «papilas filiformes» ó "cónicas", ocho á diez veces más altas que anchas, de punta hacia adelante, «papilas fungiformes» ó «moriformes,» salientes, redondas, en forma de masa, su color rojo se destaca perfectamente sobre el blanquizco de las filiformes, se hallan en los bordes y punta de la lengua; y las "papilas caliciformes" en número de 16 á 20; las más grandes se encuentran en la punta de la V lingual ocupando el foramen cœcum; como las fungiformes, no hacen saliente sino que están en-

terradas. La porción posterior es desigual, con surcos y con salientes aplastadas, voluminosas, con un orificio en su vértice. Un surco antero posterior divide á esta cara en dos partes iguales.

La cara inferior ocupa menor espacio, pues corresponde á su parte libre, la que descansa sobre el piso inferior de la boca. Con el piso de la boca forma una gotera parabólica de concavidad hacia atrás. En la cara inferior de la lengua se encuentra un repliegue mucoso vertical, llamado *freno ó filete de la lengua*, á cuyos lados se ven unas líneas azulosas que son las venas raninas, lugar que los antiguos elegían para practicar la sangría.

Cerca de la línea media hay un tuberculito abierto, desembocadura del canal de Wharton, por donde sale la saliva. Más afuera existen unos levantamientos longitudinales que corresponden á los músculos linguales.

Los bordes de la lengua, uno á la derecha y otro á la izquierda se adelgazan conforme se cercan á la punta, son libres y arredondados, se aplican sobre las encías, en la concavidad del hueso maxilar inferior y en los arcos dentarios. Cuando sufren un aumento de volumen pueden guardar la impresión de los dientes.

La punta de la lengua varía continuamente durante su contracción; en la parte media se ve el final del surco de la cara superior, continuarse con el de la cara inferior: está en contacto

la punta con la cara posterior de los incisivos superiores y con el borde de la mucosa gingival.

La base de la lengua se fija al hueso hyoides, la base real, elíptica se continúa con la membrana hyoglosa que la fija al hueso. Sobre la base aparente y en la parte más posterior de la cara dorsal, se ven la epiglotis y los repliegues epiglóticos.

ESTRUCTURA.—La lengua es un órgano esencialmente muscular. Entran en su formación: una mucosa, papilas y glándulas, un esqueleto, músculos, vasos y nervios

La mucosa es igual á la que tapiza la cavidad de la boca, solamente que en la cara dorsal, limitada entre el vértice de la V lingual hacia atrás y toda la que cubre la cara inferior de la lengua, es delgada, con un tejido submucoso y cubierta de pequeñas papilas hemisféricas; otra porción de la mucosa, entre el vértice de la V lingual y la punta de la lengua, es muy aderente.

La mucosa se compone de un epitelio y un dermo-corion: el primero entra en el grupo de los epitelios pavimentosos estratificados, su grosor varía según el lugar donde se le examina; en la parte media de la cara dorsal tiene medio milímetro de grueso. Una propiedad importante de este epitelio es de estar dotado de una permeabilidad muy grande por los líquidos.

El dermo-corion varía igualmente de espesor en algunos puntos, llegando á tener mayor grueso al nivel de la línea media entre el foramen cœcum y la punta de la lengua; descansa sobre

el tejido submucoso, excepto en los dos tercios anteriores de la cara dorsal y bordes de la lengua donde es reemplazado por tejido conjuntivo compacto. Zaglas ha propuesto llamar á esta capa; que sirve de inserción á los músculos subyacentes, *facia linguæ*, pero no hay razón para que se separe, puesto que esta capa no es otra que la parte inferior de la mucosa misma.

Atrás del agujero ciego, el dermocorion se transforma en tejido linfoide; en los bordes y en los dos tercios anteriores de la lengua, el dermis se adhiere á las fibras musculares subyacentes en el tercio posterior la mucosa forma pliegues verticales. En la base de la lengua el tejido submucoso se aisla con facilidad, al nivel de la epiglotis llega á ser muy flojo.

La superficie de la lengua se la ve sembrada de pequeñas elevaciones ó papilas: las hay de tres clases, y anteriormente las he apuntado: "papilas filiformes," "fungiformes" y "caliciformes."

Las primeras que existen en mayor número tienen una base cónica con papillas delgaditas y puntiagudas en su vértice, figurando un pincel; no siempre tienen una base cónica, Kölliker y Henle las han encontrado piramidales, prismáticas, cilíndricas, etc. Cada papila formando un órgano terminal, encierra en su seno una asa capilar, una arterita, una venita y una terminación nerviosa.

Se les encuentra en la cara superior de la lengua, en menor número y desarrollo en los bordes y en la punta.

Las papilas fungiformes en forma de masa ó de hongo, son mayores en tamaño que las filiformes, se les llama también moriformes porque pequeñitas papilas cónicas se ven sobre su superficie.

Las papilas calisiformes están formadas de los mismos elementos que el dermis mucoso; están rodeadas de un reborde circular formado por la mucosa, reborde que se llama *cáliz*. Situadas en la cara dorsal, se forman de una gran papila fungiforme. La inervación de estas papilas es especial, pues parece que están encargadas del sentido del gusto. Están inervadas por el trijémino y el gloso-faríngeo; el modo de terminación de los nervios según los histologistas, es por medio de plexus, de donde se elevan tubos primitivos para cada papila Según Remak, los filetes nerviosos de las papilas formarían los plexus provistos de celdillas ganglionares.

Según los estudios de Michael, las papilas filiformes sirven para mezclar los alimentos para que sufran la acción de los líquidos de la boca; las fungiformes están destinadas al tacto, y las caliciformes al sentido del gusto.

GLÁNDULAS DE LA LENGUA.—Son de diversas clases, en la porción no papilar de la lengua se encuentran glándulas en racimo, son submuco-

sas y algunas intermusculares; los orificios de estas glándulas se abren en el fondo de los folículos mucosos, excepto las que existen al nivel de la V lingual que tienen orificio distinto entre las papilas caliciformes. En los bordes de la lengua hay glándulas que parecen ser dependencias de la glándula sublingual, sus conductos escretores se perciben bastante bien. En el espesor de los músculos stylo-gloso y lingual inferior hay dos glándulas, "glándulas de Weber," situadas una á la derecha y otra á la izquierda, su desembocadura está en la cara inferior de la lengua. En la punta, por su cara inferior existen otras dos glándulas en racimo que desembocan á los lados del freno. (Blandin.)

Los folículos, ya reunidos ya aislados, se les encuentra en el cuarto posterior de la lengua; la mucosa, deprimiéndose al nivel de los folículos, hace cavidades infundibuliformes; sus paredes las constituyen, la mucosa con su epitelio pavimentoso y papilas. Los folículos son vasculares, y las redes sanguíneas son semejantes á las que presentan los folículos de Peyer en el intestino. Los linfáticos forman redes ó anillos al rededor de estos folículos.

ESQUELETO DE LA LENGUA.—Es huesoso y fibroso, la parte huesosa la constituye el hyoides, la parte fibrosa, dos membranas que nacen de este hueso: la membrana hyo-glosa y el fibro cartílago mediano ó septum mediano, cartílago de

Blandin, La membrana hyo-glosa se pierde en la base de la lengua, superiormente se pone en contacto con la mucosa lingual. El septum me. diano es una lámina vertical colocada entre los músculos genio-glosos; casi desaparece en la parte anterior de la lengua, sus caras laterales reciben las inserciones musculares.

MUSCULOS DE LA LENGUA.—Los músculos son en número de quince, siete pares y un impar, y Sappey los agrupa de la manera siguiente: tres provienen de huesos vecinos, *el stylo-gloso, el hyo-gloso y el genio-gloso*; tres, de órganos vecinos: *el faringo-gloso, el palato-gloso y el amígdalo-gloso;* el 7° trae su orígen de estos huesos, y estos órganos: *el lingual inferior*, el 8°, ó músculo común á los dos grupos, nace del pequeño cuerno del hueso hyoides y del prolongamiento mediano, de la epiglotis, es el *lingual superior*.

De la intrincada mezcla de estos músculos que se ramifican y se anastomosan entre sí, se pueden sacar fibras de dirección longitudinal vertical y transversal: longitudinal la tienen los músculos lingual superior, faringo-gloso, lingual inferior, palato-gloso y stylo gloso, así como algunas fibras del hyo-gloso y genio gloso; verticales las tienen el genio-gloso, el cerato gloso y una parte del basio gloso; transversales las presentan los músculos stylo gloso y amígdalo gloso.

Los músculos de la lengua los inerva el hipo-

gloso, excepto el stylo-gloso y gloso-estafilino que lo están por el ramo lingual del facial, y el faringo-gloso por el plexus faríngeo. Los nervios de la lengua en número de siete pares, son el "gran hipogloso" el "lingual" (del maxilar inferior) la porción lingual del "gloso-faríngeo," la "cuerda del tímpano," "ramo lingual del facial," "laríngeo superior" y filetes nerviosos del simpático.

Los vasos arteriales que irrigan la lengua vienen de la «lingual,» de la «palatina inferior» y de la "faríngea inferior". Las venas forman dos planos, uno profundo que acompaña á los ramos arteriales y plano superficial ó mucoso dividido en tres grupos, uno mediano superior y dos laterales que costean los bordes y que recogen la sangre de la cara inferior. (Sappey). Los vasos linfáticos son muy numerosos y forman redes compactas.

Los movimientos de la lengua se dividen en dos grupos: «extrínsecos» é "intrínsecos;" los primeros son cuatro: elevación, abatimiento, propulsión adelante y propulsión hacia atrás; los del segundo grupo son seis: alargamiento, aplastamiento y ensanchamiento transversalmente, estrechamiento en el mismo sentido, movimientos de lateralidad y excavación de la cara superior de la lengua formando una canal. Todos estos cambios de forma, son debidos á las contracciones de los músculos del órgano que á grandes rasgos acabo de anatomizar.

FISIOLOGIA.

La lengua desempeña en la economía animal un gran número de actos fisiológicos.

Actos que pueden dividirse en dos grupos: uno de carácter físico y uno de carácter moral. En el primero entra la succión, masticación, gustación, deglución, esputación y tacto; en el segundo, la fonación y articulación de la palabra.

En la succión, acción de mamar, de beber, la lengua se coloca entre los dos maxilares, impide la llegada del aire á la boveda palatina y nasal, y haciendo el papel de un émbolo en cuerpo de bomba, hace el vacío, facilitando la caída del líquido. En la masticación, por los continuos movimientos que hace, coloca bajo los dientes las substancias alimenticias para ser trituradas. En la gustación, es por élla (la lengua) por la que podemos apreciar el buen ó mal gusto de las substancias, el buen ó mal sabor de éstas, su naturaleza, la cualidad de las bebidas, etc. En la deglución, en el primer tiempo, ayuda eficazmente á que los alimentos triturados que se han empapado de saliva, pasen de la boca á la faringe; el modo de hacerlo es el siguiente: una vez que ha formado el bolo alimenticio, ahueca su cara superior para recibirlo, la punta la repliega y la aplica en los incisivos superiores; sus partes laterales las encorva y las aplica sobre los arcos dentarios, la lengua ensanchada, aca-

nalada en su parte media, levantados los bordes laterales, por una especie de succión empuja al bolo hasta el istmo de la garganta.

En la esputación, la lengua se coloca primero entre los arcos dentarios y después por una violenta propulsión hacia fuera avienta el esputo ó saliva con mayor ó menor fuerza, colocándose la punta al terminar este acto entre los labios. Por último, en el tacto, es la punta de la lengua, de todos los puntos del cuerpo humano, donde es más exquisito; pues la separación de las puntas del compás de Blix no es más que de un milímetro

De carácter moral, ¿quién si no la lengua dando forma á los sonidos transmite las ideas y pone á los hombres en la posibilidad de entenderse? La palabra es la voz articulada, y todo el mundo sabe lo que vale la lengua en la pronunciación de los sonidos.

En el lenguaje hablado sirve para la enunciación de un cierto número de consonantes como son la D, T, L, N, C, S, X, Z, algunos sonidos como G, J, gue, CH, Ñ, K, y la vocal i.

Aunque la lengua es muy útil para la modulación de ciertos sonidos, su integridad no es necesaria. Verdier, entre otros, atacando la opinión de Sénac, dice: "que todas las funciones atribuídas á la lengua pueden hacerse sin el socorro de este órgano." Observaciones clínicas vienen en apoyo de esta verdad.

SEMIOLOGIA.

Si el estudio de la lengua, física y fisiológicamente es de grande utilidad, no lo es menos patológicamente, en el supuesto de que puede ser un manantial fecundo de datos de donde se saquen indicaciones justas, indispensables para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Es frecuente que se exagere su importancia y que personas ajenas enteramente á la medicina mantengan esta exageración; también es cierto, que personas del sacerdocio médico, que debían señalarle todo el mérito que atesora, se lo nieguen, apocando con este modo de proceder, un dato del que se sacaría una utilidad ventajosísima. Reuniendo los datos suministrados por el examen de la lengua, con otros de que la ciencia tiene siempre á su alcance, se encarrilaría uno hacia una conclusión, si no en todos los casos cierta, sí con muchas probabilidades de serlo; que es el fin que el médico lleva al acercarse á la cabecera del enfermo.

La lengua es órgano complexo, y entran en su composición elementos muy variados que pueden afectarse de mil maneras, dando lugar al patologista, la ocasión de marcar y estudiar con sus signos propios la afección de que en un momento dado es presa este órgano. Una clasifi-

cación de signos fisiológicos, cuya base fuera la modificación en la circulación, calorificación, inervación, secreción y nutrición, no sería razonable, atendiendo á que las grandes funciones no tienen límites precisos, sino que se influencían unas á otras, formando á veces procesos muy complicados. En tal virtud, la única clasificación posible sería una artificial, atendiendo también para aceptar ésta, ciertos caracteres propios de la lengua, como son la forma, coloración, consistencia, etc.

I. *Estado normal de la lengua.*—Antes de describir su estado normal, importa saber, que: hay enfermedades en las que la lengua conserva en todas sus partes su aspecto fisiológico y la recíproca, que cambios en la forma, color, barniz, etc., en estado de salud, es fisiológico en algunos individuos.

La lengua normal tiene un color rosa ó rosa pálido de superficie unida, ligeramente granulosa por la saliente de las papilas linguales, húmeda, libre en sus movimientos, conservando dos formas con especialidad, la aplastada y la alargada en punta. Estos caracteres se conservan muchas veces, tanto en enfermedades crónicas como en agudas; cuando existen en las primeras tienen poco valor, cuando en las segundas es un signo favorable, por ejemplo: en una lesión orgánica del corazón, en una esclerosis de los cuernos posteriores (enfermedades crónicas) se encuentra la lengua con sus caracteres normales;

en una hemorragia pulmonar ó cerebral, (enfermedades agudas) la lengua conserva sus caracteres normales; en el tifo, enfermedad también aguda, en una neumonía, de apariencia seria, el estado natural de la lengua ha servido muchas veces para dar un pronóstico favorable; sin embargo de esto, no se debe asegurar que siempre ha de suceder así; algunos autores consideran el estado normal de la lengua, en algunas afecciones agudas, tales como las fiebres atáxicas, como indicando un peligro mayor.

Las gastralgías, enteralgías, cáncer del estómago y algunas otras afecciones gastro-intestinales no traen ninguna perturbación en el estado normal de la lengua; lo mismo pasa de una manera general en los traumatismos apiréticos, nevralgías, dermatosis, en la pleuresía, la simple reuma y en la icteria simple.(Gubler).

La ingestión de substancias coloides, una abstinencia prolongada, el uso frecuente de los purgantes, suele traer cambios en la lengua, sin que por esto pueda decirse á priori que se relacionan á un proceso morboso.

II. FORMA DE LA LENGUA.—La forma que pudiera tener la lengua en algunas enfermedades, no se le ha dado mucha importancia, puesto que depende en lo general de la que sus músculos le imprimen; no sucede lo mismo con lo relativo al volumen que cambia enteramente; sin embargo, hay tumores que desarrollándose en su seno la

hacen variar un poco. En los niños que tienen frenillo, el freno retiene la mitad de la lengua y la punta ofrece por este estiramiento en su parte media, un ángulo entrante, tomando en su conjunto la forma de un corazón de baraja. (1).

La lengua puede no existir, siendo sus causas congénitas, traumáticas ó quirúrgicas. La absencia congénita no se observa en todo el órgano; la parte libre es comunmente la que falta, la base, en forma de muñón, desempeña aunque inperfectamente, todas las funciones de la masticación, succión, etc., puede suceder, que de la parte libre, falte solamente la mitad, como lo señala la observación de Chollet, donde la mitad absente estaba reducida á la unión de la mucosa sin tejido muscular.

Una mordida, una sección completa por un instrumento cortante (en una riña), una amputasión quirúrgica, una glositis terminada por gangrena modifican la forma de la lengua.

La bifidez, rara excesivamente, se ha observado en algunos fetos monstruosos, Parise (de Lille) observó el caso en un niño que vivió 15 días y que presentaba una bifidez del maxilar inferior.

[1] Se descubre que un niño tiene frenillo, cuando llora, que abre la boca levantando la lengua: se ve entonces que el freno se prolonga muy adelante, hasta la punta ó cerca de élla; la pequeña membrana es delgada, tensa, larga y estrecha, forma una verdadera brida que retiene la mitad de la lengua.

III. CAMBIOS EN EL VOLUMEN. De una manera general, el volumen varía en extensos límites segun los individuos; sus causas son locales ó generales. Entre las de causa local, tenemos las glositis; estomatitis mercurial sobre todo, donde el aumento de volumen es tal, que en los bordes queda la impresión de los dientes y muelas, en las infiltraciones que invaden el tejido submucoso; en los tumores como el epitelioma, un poco frecuente el lipoma, fibroma, aneurisma de la lingual, quistes y tumores sifilíticos, comprendiendo los tubérculos sifilíticos; pequeños tumorcitos que apenas llegan al tamaño de una nuecesilla cuando están aislados, pero que cuando hay en gran cantidad modifican el volumen, la forma y funciones de la lengua; las gomas, que comienzan por un tuberculito duro, esférico, adherente á la mucosa, y que como el anterior puede tener el mismo volumen ó llegar al de un huevo pequeño, por último, las vegetaciones, neoplasmas de nueva formación que pueden ser ramificadas, sentadas ó pediculadas.

En la actinomicosis, que como se sabe se forma el tumor por un hongo *actinomicetis* del género cladothrix la lengua se presenta aumentada de volumen; en el glossantrax, la lengua en 24 horas es sitio de grandes dolores y de grande volumen.

En la glositis parenquimatosa, primitiva ó consecutiva, la lengua puede, por su solo aumento

de volúmen que es á veces considerable producir una verdadera asfixia. Lyfor cuenta que un individuo que tuvo esta afección. murió 32 horas después del principio de la glositis, á tal magnitud llegó el volumen del órgano.

En la hipertrofia de la lengua ó macroglosia, como su nombre lo indica, existe igualmente aumento de volumen; puede ser congénita ó adquirida: en el primer caso, pasa en los primeros meses de la niñez sin llamar la atención, y sólo se ve en los niños una tendencia á tener la boca abierta y á llevar la lengua entre los labios; pasados unos tres años ó menos, estos síntomas se comiezan á acentuar más y más hasta que alcanza dimensiones bien apreciables, el enfermo no puede cerrar la boca, babea; la porción que cuelga fuera de los arcos dentarios tiene un color violaceo forrada de una capa de moco concreto de diversos matices: á la presión, unas veces es blanda, otras más ó menos dura, los dientes que la aprisionan dejan en sus correspondientes caras un surco profundo; el tacto la encuentra en unos lisa ó abollada, en otros rasposa, con salientes, circunscribiendo surcos más ó menos profundos con salientes capilares rígidas; da la misma sensación que la que se siente al tocar la lengua de la vaca. La cara inferior ofrece varicocidades venosas. La parte de la lengua que queda en la boca se le ha encontrado en muchos casos sana.

Entre las causas de la macroglosia adquirida, se señalan las convulsiones, ataques epileptiformes, la tos ferina, la costumbre de mamarse la lengua, de tenerla entre las encias: de todos modos, ya sea congénita ya adquirida, existe siempre una diferencia, y es que la marcha en la congénita es lenta, mientras en la segunda es rápida; diferencia suficiente para distinguir una de la otra.

En la glosocele aguda el aumento de volumen depende del hinchamiento inflamatorio del parenquima, en la crónica hay una especie de engurgitamiento edematoso que hace que la lengua adquiera un gran volumen, capaz de deformar los arcos dentarios, los labios y aun el hueso maxilar inferior, necesitando para paliar un poco las perturbaciones que causa, la amputación parcial de la lengua.

Las causas generales son un estorbo en la circulación que originan un estado congestivo, como en la eclampsia, la epilepsia, en las enfermedades del corazón y del pulmón. cianosis, enfisema pulmonar aneurisma del callado de la aorta ó en una angina violenta, En las embazadas que sujetándose á un abortivo, como la ruda, la sabina han llegado á la intoxicación, se les vé la lengua tumificada notablemente; lo mismo se observa, algunas veces, en el embarazo gástrico y en os dispécticos estando además ancha, cubierta de

papilas turgecentes con una ligera capa de barniz griz.

Disminuye el volúmen de la lengua en corto número de casos. Según algunos autores disminuye en las fiebres graves, como en el tifo, fiebre tifoidea, en la neumonía (lengua recornie de los franceses). En los casos de frenillo, y esto es congénito, cuando el freno se extiende hasta la punta puede oponerse á su entero desarrollo. Jacoud, al tratar de la atrofia muscular progresiva, se expresa diciendo que cuando se extiende á la lengua la acorta en todas sus dimensiones.

Chomel, en su tratado de patología general, refiere el caso de un individuo que presentaba una atrofia parcial de la lengua; la parte atrofiada estaba pálida, rígida, sin ninguna alteración en la sensibilidad. La autopsia de este enfermo, que murió con síntomas de parálisis, mostró un quiste hidático en la fosa oxipital izquierda comprimiendo el nervio gloso-faríngeo.

IV. COLORES DE LA LENGUA.—Los colores que puede presentar la lengua en un momento dado, dependen de muchas circunstancias; como por ejemplo: del barniz que la cubre, de la aplicación de substancias cáusticas, de la que le pueden comunicar algunas substancias tintoriales y de una manera general, siempre que hay una perturbación en la circulación ó que la hematosis no se hace debidamente. El color que puede

presentar por una pertubación de la circulación varía desde el violeta de la cianosis hasta el pálido de la anemia

Una substancia caliente ó corrosiva le da á la lengua un color rojizo, debido á la destrucción del epitelio. El ácido sulfúrico la colora en negro, el nítrico en el mismo color ó en amarillo según la profundidad de la escara, el nitrato ácido de mercurio en rojo, la potasa en gris y el nitrato de plata en blanco ó gris perla; todos son de tenerlos en cuenta, en un estudio médico-legal.

Las tintas, el vino rojo, las moras, algunas variedades de ceresas, le dan un color más ó menos obscuro; el tabaco, el orosús, algunas frutas como las nueces frescas, las ciruelas y otras, la tiñen en moreno; el chocolate le comunica su color propio: el azafrán, el laúdano, el ruibarbo, le dan un color amarillo, y la crameria, la framibuesa la matizan con el color rojo.

Se encuentra un cambio de color en la lengua, en una lesión del corazón, en la persistencia del agujero de Botal, en el cólera; en las enfermedades que pueden producir en un momento dado la asfixia como en el crup, grandes derrames, bronquitis capilar, asma, ascitis excesiva En la asfixia por extrangulación, suspensión ó inmersión, en los intoxicados por el aire viciado se ha visto en algunos individuos, la lengua lívida, en otros pálida como en los casos de anemia. En los estrangulados y ahorcados se ha explicado

la causa de no encontrarla generalmente lívida diciendo: que la fuerza no obra de igual manera en los dos casos, pues en la anemia se hace sentir rápidamente y la circulación venosa y arterial se paraliza en el acto, en tanto que se observa la lividez cuando la fuerza obra paulatinamente, de tal suerte, que la circulación venosa se ha paralizado primero que la arterial. Este signo debe tenerse en cuenta, porque puede ilustrar cómo la fuerza intervino en la muerte.

Hay un grupo de enfermedades en las que destruyéndose la materia colorante de la sangre, la empobrecen, y comunican á todos los órganos y entre éllos al órgano que estudio una palidez marcada siendo más ó menos intensa según el grado á que ha llegado la anemia ó caquexia; así pasa en anemia, clorosis, leucositemia, las fiebres intermitentes y remitentes prolongadas, la fiebre éctica, la caquexia cancerosa, etc.

RUBICUNDEZ DE LA LENGUA.—La rubicundez, es el resultado de una hiperhemia de la mucosa lingual; puede encontrársela invadiendo todo el órgano ó limitada á ciertos puntos, principalmente la base, bordes y punta ó las papilas. Así se le encuentra en la escarlatina, en su período de erupción y descamación, en las fiebres de tipo inflamatorio, en las intermitentes, en el período de calentura, en el primer perído de la viruela, en los prodromos de la fiebre tifoidea, en el período álgido del cólera asiático, en las enfermedades

gastro-intestinales, donde también está reseca, y en general en toda flogosis de este órgano lengua.

Jacoud hace notar la rubicundez en los individuos que se someten á una dieta larga ya voluntaria ya forzosa; igual color se nota algunas veces después de una hemorragia.

En los lipemaniacos estupefactos, que tienen constantemente cerrada la boca, sin hablar una palabra, se les encuentra la lengua roja, descamada, sin epitelio, y el que existe, está como macerado; en los bordes y cerca de la punta se ve una ligera hipertrofia de los folículos.

En las estomatitis limitadas, en las diversas erupciones que se presentan en el segundo período de la sífilis constitucional y en la tisis observamos la rubicundez. Donnet dice que la rubicundez parcial, indica uua flegmasía del estómago; este signo no puede tomarse como cierto porque la clínica lo desmiente, pues hay muchos casos que no ha estado presente no obstante que existe una enfermedad gástrica y otros en que ha estado presente sin haber la menor afección del estómago. El Dr. Mr. Luis, ha sacado de sus estadísticas que la rubicundez es tan común observarla en los tísicos y en los enfermos atacados de fiebre, tifoidea, cuyo estómago estaba sano como en los que adolecen de una enfermedad de este órgano. Reigniére desde 1824 asienta que la rubicundez de la lengua existe en esta–

dos patológicos los más diversos; así pues, no hay que relacionar por la sola rubicundez un padecimiento gastro-intestinal.

El Dr. Luis Hidalgo Carpio encontró frecuentemente en enfermos, tanto de su clientela particular como del hospital, que hacían uso desde mucho ha, de las bebidas alcoholicas: que, eran atacados de una entero-colitis de carácter crónico con la particularidad singular de tener estos enfermos la lengua, unos días de un color rojo, como destruído el epitelio, y otros, con algunas granulaciones parecidas á las del algodoncillo, pero sin serlo. Su duración variaba, y asentó como cierto: que, siempre que en un individuo alcohólico, tuviera su entero-colitis crónica con los cambios de aspecto de la lengua, se podría, sin temor de equivocarse, dar un pronóstico fatal.

LIVIDEZ DE LA LENGUA.—Hay enfermedades, como las fiebres intermitentes álgidas, en cuyo curso se vé que la lengua del color rojo llega al lívido. En la cianosis hay igual coloración, pero es debido á la mezcla de las sangres arterial y venosa. En el esclerema de los niños, además de lívida está á veces, según Valleux, endurecida y como córnea.

OTROS COLORES.—En el enfisema pulmonar, la congestión activa, la apoplegía, el edema pulmonares, la hipertrofia del corazón en su último grado, en casos de pólipos del corazón y en el estrechamiento de los orificios cardio-arteriales,

la lengua tiene un color obscuro cianótico.

Algunas substancias colorantes ó pigmentos llevados al torrente circulatorio, comunican á la piel y á las mucosas su color; así pasa en las melanodermias, en el Mal de Addisson. El eminente sabio Dr. Rafael Lucio, en el tomo XVIII página 28 de la Gaceta Médica, está descrita una observación de la enfermedad bronceada de Addisson. Era una Señora de 28 años de edad, que hacía seis meses que padecía esta enfermedad cuando se la estudio. La lengua era de un color azul de Prusia muy intenso y que se limitaba á este órgano, pues la mucosa que cubría el resto de la boca y la parte visible de la faringe, tenía su color normal. Este color anormal, se estaba reproduciendo, pues limpiado con un lienzo blanco mojado en agua fría, se manchaba de azul, pero el color de la lengua, aunque se limpiara con insistencia, no disminuía de un modo notable. En los párpados y otros puntos del cuerpo había manchas de un color pardo obscuro, que aunque se lavaran, no disminuía su coloración. Estas manchas, las del cuerpo, no dolían cuando se les frotaba, como sucedía con la de los párpados y la lengua que sí eran dolorosas.

El alcoholismo crónico, la tuberculosis y el im paludismo le dan un color parduseo. En la icteria, hay un color amarillento debido á la materia hemafeica y á la bilifeina. El color amarillento que se observa en la cara inferior de la

lengua, y á los lados del frenillo, cuando hay un obstáculo al fácil escurrimiento de la bilis, se le ha tomado como un signo precoz de la tuberculosis.

La nigrisia, (Bertrand de San Germain) es el nombre conque se designa una afección de la lengua, cuyo carácter dominante es la coloración negra especial que presenta. La causa de esta coloración, la han explicado por la presencia de un parásito; Raymond ha encontrado, no solamente los bibriones, sino que también bacterias y filamento de alga bucal, así como esporos, libres ó adherentes á las celdillas epiteliales. Estos elementos, reunidos en gran número, se estacionan, ya reunidos, ya formando masas irregulares ó moniliformes, asemejándose por su aspecto á los del trichophiton de la tiña tonsurante.

La nigrisia puede encontrarse en estado de salud; comienza por una mancha negra en la cara superior de la lengua, cerca de la parte media, la que después de crecer en superficie durante algunos días, llega á un límite donde queda fija, para después comenzar á desaparecer de la circunferencia al centro. No siempre tiene una mancha regular para aparecer y desaparecer, ni tampoco es de pequeñas dimensiones, pues Gubler y Raymond examinando la lengua de algunos ancianos y de enfermos, han encontrado cubierta la cara dorsal de un barniz negro

localizándose especialmente en la capa epitelial, grueso y rodeando á las papilas forman largas vainas en sentido diferente. El color es más oscuro en el centro que en los bordes y la punta, y cuando se pretende quitar esta cubierta, se despega llevándose consigo los conitos epiteliales. El lavado no hace desaparecer el color; cuando ha llegado á su completo desarrollo, adquiere el color del ébano.

Bertrand que ha encontrado esta coloración en cuatro individuos, y cuya lengua le recordaba la que normalmente tienen el perico y la jirafa, cree, que el tinte oscuro no es más que el resultado de un depósito de pigmento.

Otro padecimiento muy frecuente y propio de la niñez, es el que se ha denominado *Lengua geográfica.* Es una mancha blanca y rojiza que trae el niño al nacer. Parrot, la consideraba como de origen sifilítico; pero Jules Comby que ha estudiado concienzudamente esta cuestión ha desechado de la etiología, la sífilis, y la atribuye á un origen parasitario; parásitos que por ahora están por descubrir.

El Dr. Nicasio Silverio, en su trabajo publicado en la "Revista de Ciencias Médicas»—Habana—sobre *boquera y lengua geográfica,* dice estar en contra de la opinión de Parrot, pues que, en tres niños que presentaban esta afección, no había entre los antecedentes la menor huella de sífilis, y añade que dos de los niños fueron alimen-

tados con nodriza y uno á biberón. En ningún niño heredo-sifilítico, sigue diciendo, ha observado la enfermedad, aunque hayan tenido en la boca otras muy francas manifestaciones frascatorianas.

Así pues, la presente enfermedad que hace algunos años se estudiaba bajo los rubros, "glositis epitelial" «glositis descamativa, eczema de la lengua» ó "lengua geográfica" hay que añadirla al ya numeroso grupo de las parasitarias.

Examinando la lengua se ve que no hay dolor para efectuar la succión, la masticación, que el epitelio de los bordes y dorso de la lengua; sitio de preferencia de la lesión, se engruesa, altera y cae después, dejando la mucosa desnuda y brillante. Las nuevas capas de epitelio que se enferman, junto á las partes de la mucosa ya desnuda, forman un caprichoso contraste de círculos y arcos, blancos unos y rosáceos otros; que similan una carta geográfica, con sus islotes, lagos y continentes.

V. TEMPERATURA—En el estado normal y aun en algunas enfermedades, el color de la lengua, revelado por el termómetro, es igual al de la boca: 37° 2 como media. En general, sigue los mismos cambios que la temperatura exterior del cuerpo. La edad, el sexo, la constitución no la hacen variar. Aumenta en las grandes flegmasías y en las fiebres, así como en las afecciones inflamatorias locales de este órgano.

La temperatura de la lengua cae abajo de la antes señalada, cuando hay una perturbación en la hematosis (enfermedades del corazón y pulmón), en estados álgidos, como en el tifo famélico, cólera, segundo período de las fiebres álgidas, y en el último período de las enfermedades; en el colapsus. La lengua es, de todos los órganos de la economía, el primero que se enfría al terminar la vida.

VI. ALTERACIONES EN LA SENSIBILIDAD.—La lengua es el sitio de dos sensibilidades: una de carácter especial (gustativa) y otra de carácter general (táctil) comprendiendo también la del dolor, cosquilleo y temperatura. La gustativa reside casi en su totalidad en la lengua; digo casi, porque igual propiedad existe, aunque en menor escala, en los pilares anteriores y cara anterior del velo del paladar. La sensibilidad no es igual en toda la lengua, los bordes y la punta son especialmente las partes más impresionables; la sensibilidad al tacto reside en toda la superficie del órgano.

Las impresiones gustativas ó táctiles, son percibidas por las terminaciones nerviosas que están encargadas de recogerlas; para la función gustativa, tenemos los nervios: lingual, gloso-faríngeo, laríngeo superior, maxilar inferior y algunos filetes del simpático; para la función tactal, tenemos los nervios de sensibilidad general que se distribuyen á este órgano.

Las perturbaciones de la sensibilidad especial pueden consistir: 1º en una exageración gustativa *hipergnesia*; 2º en una disminución ó abolición completa *agnesia* y 3º en una perversión *paragnesia*.

Varias son las condiciones que deben llenar los cuerpos sápidos y la lengua, para definir la sensación que se percibe: 1º la solubilidad de los cuerpos; 2º un disolvente apropiado ó que la lengua esté húmeda, 3º que la susbtancia que se guste esté en contacto perfecto con las papilas de la lengua, y 4º que la integridad de los conductores y centros nerviosos propios de esta función sea perfecta.

Hjalmar Ohrwall distingue el gusto azucarado, salado, amargo y ácido, asegurando que no hay trancisión entre estas cuatro sensaciones, es decir, que no hay cuatro calidades del mismo sentido sino cuatro modalidades.

Empleando para la lengua, el mismo método de la excitación puntiforme que Blix usó para estudiar la sensibilidad de la piel, Ohrwall llegó al resultado siguiente: las papilas fungiformes de la punta de la lengua, sometidas á la acción de las soluciones azucaradas, ácidas ó amargas, respoden diferentemente. Examinó 125 papilas y de éllas 27 (10%) no dieron más que sensaciones táctiles; sometidas á las soluciones de ácido tártrico, de quinina, de azúcar, dieron sensaciones térmicas sin manifestar propiedad gustativa.

Sobre las 98 papilas restantes, capaces de dar sensaciones gustativas (además de las táctiles y térmicas) encontró que:

19	eran	sensibles	al ácido,	pero	no	al azúcar
17	„	„	al ázucar	„	„	„ ácido
24	„	„	ácido	„	„	á la quinina
4	„	„	quinina	„	„	al ácido
15	„	„	azúcar	„	„	á la quinina
7	„	„	quinina	„	„	al azúcar

Se ve por esto, que las llamadas papilas gustativas se encuentran repartidas sobre las fungitivas, las que en poco número se localizan en la cara superior de la lengua, sin poseer sensibilidad al gusto.

Las papilas filiformes carecen igualmente de sensibilidad gustativa, á la presión y á la temperatura, su papel es puramente mecánico (formar el bolo alimenticio).

Lasersteim y Herman, estudiando por otro medio el sentido del gusto—corrientes eléctricas continuas é inducidas—y poniéndose al abrigo de los efectos térmicos, mecánicos y de las sales metálicas, han encontrado que la sensacion producida por la corriente constante, no sigue la exitación; la fuerza mayor de la corriente provoca una sensación de acidez con calor; con la dirección descen lente se tiene un gusto alcalino un poco amargo, con un resabio ácido cerca de las encías.

Con las corrientes inducidas aisladas, fuertes,

se tiene un gusto ácido; descendentes, lo dan indeterminado. Las intermitentes engendran una sensación obscura de acidez.

Dastre dice: "el gusto eléctrico está provocado exclusivamente por el paso de la corriente en los órganos terminales. ó en las terminaciones nerviosas que se irradian en la mucosa, y no por la excitación de los troncos nerviosos mismos".

Estudiaremos, pues, los casos en que hay aumento de la sensibilidad gustativa, disminución ó pérdida y perversión.

Poco tendré que decir de la hiperguesia, pues es un fenómeno que se encuentra muy pocas veces, y cuando se le observa, se le confunde con una hiperestesia táctil y dolorosa de la lengua. Es transitoria, cuando resulta de una irritación de la mucosa lingual; es permanente, cuando está bajo la influencia de una perturbación del sistema nervioso central. Se le ve alguna vez en la preñez, hipocondría, histeria, en el estado cataléptico y en el sonambulismo.

La aguesia puede ser total ó parcial, y de una manera general se puede decir, que se le encuentra en toda afección que da nacimiento al depósito de barnices sobre la lengua, á la sequedad de ésta, á la parecia ó á la alteración del epitelio. Esto es lo que pasa en las estomatitis, glositis de cualquiera naturaleza; fiebres ligeras y graves y en las enfermedades gastro-intestinales

Las afecciones del nervio gloso-faríngeo, las del facial, pueden determinar la disminución de la sensibilidad gustativa por la inmovilidad de los labios y de las mejillas: el mismo fenómeno se vé en la otitis interna y en las lesiones de la porción intra-craneana del trigémino.

El abuso de los líquidos estimulantes, en el coriza, en el agotamiento general; por la ingestión de líquidos muy calientes ó muy fríos, que deja en la lengua una sensación de rudez; el alcohol á un grado de concentración elevado, la esencia de menta, canela y algunas bebidas espirituosas, dan nacimiento á la mayor ó menor pérdida del gusto.

En las lesiones orgánicas del cerebro, apoplegía, reblandecimiento, hidro-cefalía crónica; en las nevrosis, histeria hipocondría, manía ó la melancolía hay una pérdida completa del gusto. Hay histéricos que sólo conservan la sensibilidad táctil y no perciben los sabores ácidos salinos, amargos ó azucarados. Una lesión periférica que interesa los nervios destinados al sentido del gusto lo pierde por completo.

Las enfermedades gastro-intestinales crónicas, la edad muy avanzada, la ingestión de algunas substancias como la aconitina, la belladona y el opio traen la misma pérdida. La cocaina lo determina por la anestesia que produce

La paraguesia ó perversión del gusto es la que más comunmente se observa: ya dije ante-

riormente, que para que pueda apreciarse bien el sabor de los cuerpos, se necesita, entre otras cosas, que la lengua esté húmeda y no esté cubierta de ningún barniz, para que el contacto sea perfecto; por consiguiente, siempre que no llenen las condiciones requeridas, se notará en los enfermos una perversión del gusto. Hay casos en que no el cuerpo que se prueba, comunica un sabor perverso, sino que una enfermedad puede sugerirlo.

Hay enfermos que acusan en los alimentos ó en las bebidas, sabores incípidos, nauseabundos, salados, amargos, acres, picantes, azucarados, ácidos, alcalinos, metálicos, urinoso y otros, sabores, que si en la generalidad de las veces es debida á cubiertas más ó menos gruesas sobre la cara superior de la lengua, otras se debe al sabor especial de las substancias que se toman, como pasa con las preparaciones de mercurio, cobre, zinc, fierro, plomo, etc.

El sabor incípido y pastoso existe en las afecciones catarrales y gastro-intestinales; en los prodromos de cualquiera enfermedad febril. La transpiración, el ayuno y el insomnio lo producen fisiológicamente.

El nauseabundo, depende de una alteración de las partículas alimenticias; se le observa en el catarro crónico de la nariz; en el ozena, en la cáriez dentaria; en las ulceraciones de la boca, faringe ó laringe; en los catarros crónicos de es-

tas regiones, en la amigdalitis supurada y en el desarrollo de gases fétidos del estómago.

El salado es común en las afecciones del aparato respiratorio, en los tísicos, en el período de resolución de las neumonías y de los catarros brónquicos.

El amargo forma parte del cuadro sintomático del catarro gastro-intestinal, dispepsias y de las enfermedades agudas de carácter bilioso. Se cree que este sabor es debido á los principios de la bilis; de una manera general no sería cierto, pues que Bamberger hace notar que en la icteria intensa, donde no faltaría, los enfermos acusan muy raras veces este sabor. Es probable que en estos casos hay afluencia de bilis en el estómago y entonces por regurgitación pasa á la boca comunicando el sabor amargo.

Horn y Picht por experimentos que han hecho, han encontrado, que tocando las papilas caliciformes con susbtancias ácidas, el sabor que se tiene es el amargo. En fin, el sabor que señalo es más bien una sensación subjetiva que un sabor provocado por los principios de la bilis

El acre y rancio nace, cuando substancias grasosas mezclándose al moco bucal sufren en totalidad ó en parte un principio de fermentación; también aparece este sabor cuando el barniz quecubre á la lengua ha persistido mucho tiempo.

El azucarado, existe en la glicosuria, intoxicación saturnina, en los tísicos cuando el esputo

es purulento y abundante, en la dispepsia, escorbuto, histeria, hipocondría, epilepsia, al iniciarse una hemotisis ó hematemesis. En la glicosuria y saturnismo el sabor se debe únicamente á la saliva.

El ácido puede tener por causa ó la ingestión de susbtancias que dejan este sabor ó una alteración de la saliva y el moco.

Las substancias amiláceas ó azucaradas, las féculas, las gomas, la azúcar de caña, la glucosa se transforman en ácido acético ó ácido láctico comunicando un sabor ácido. En la mañana, al despertar, la saliva tiene reacción ácida, la que desaparece por los alimentos; pero sobre todo en las caquexias y las afecciones gastro-intestinales es donde se vé la acidez de la saliva: la boca está pastosa, agria, los enfermos repulsan los alimentos, en particular los azucarados que dan un sabor acre.

Gubler, que ha estudiado la causa de la acidez, supone como única, la influencia del desarrollo del *oidium albicans* favorecido por los sporos del mycodermes llevados por el aire, á la boca.

En los niños que durante la lactancia padecen de una enteritis catarral, la reacción ácida en la boca presta una grande utilidad. Se encuentra también el sabor ácido en la úlcera del estómago, dispepsias, reblandecimiento de la mucosa gástrica; en algunos escrofulosos, raquíticos y

osteomalasicos. Hay ejemplos de diabetis azucarada en que se ha visto su existencia muy anterior á la poliura, polidipsia y á la polifagia En la discracia gotosa y en algunas embarazadas que padecen vómitos incoercibles, se encuentra el sabor que señalo .

El gusto alcalino, es debido comunmente á la saliva, pero se exagera y se hace más notable por la toma de sales sódicas y amoniacales. En las afecciones locales de los nervios de la boca, la odontalgía, otalgía, nevralgía facial, en los ataques de histeria y epilepsia, se encuentra este sabor, pero probablemente es de origen reflejo.

El metálico, por lo común, lo engendran las preparaciones metálicas que se toman, aunque en algunas diátesis como el reumatismo, suele verse.

El urinoso lo vemos en algunas afecciones reno-vecicales, en la cistitis aguda; en la infiltración de orina la lengua además está seca; en el envenenamiento urinoso agudo, la lengua está roja, seca ó con fuliginosidades, la saliva es ácida y los enfermos acusan un sabor amargo urinoso; en el envenenamiento crónico está saburral, seca, sucia y gruesa, sobre todo en la mañana, acompañados estos signos con el sabor urinoso.

Pasemos á estudiar la sensibilidad general de la lengua, comprendiendo su estudio la anestesia y la hiperestesia.

La anestesia, aunque puede ser total, por lo

regular es que se limíte á una mitad solamente, perdiendose ó no el gusto. En la histeria se encuentra particularmente del lado izquierdo con pérdida del gusto. Una lesión del quinto par craneano, comprimida por un tumor, derrame sanguíneo, reblandecimiento, por un traumatismo, trae la misma anestesia unilateral.

La hiperestesia lingual es el síntoma que se hace conocer tanto por un dolor en la lengua, como por una exageración de su sensibilidad. Se anuncia por piqueteo, sensación de quemadura, dolores nevrálgicos, etc.

Una lesión traumática, una irritación local, un proceso inflamatorio profundo agudo ó crónico, una glositis parenquimatosa, las fisuras más ó menos profundas, las escoriaciones y el cáncer, principalmente, despiertan la exageración de la sensibidad. El cáncer, al principio es indoloro, pero llegado al período ulcerativo es eminentemente doloroso. A este grupo se le ha llamado "hiperestesia organopática."

Es Neuropática cuando su nacimiento viene de una afección del nervio lingual ó de la rama maxilar inferior del trigémino. El dolor es unilateral, vivo, punzante, quemante, acompañado de sialorrea.

Dishémica, se presenta con anterioridad algunas veces en las cerebritis y las fiebres exantemáticas; acompaña al periodo terminal de la viruela y al de invasión del algodoncillo.

Nervioso existe en algunas nevrosis como en la epilepsia histérica, melancolía y manía.

VII. MOVILIDAD DE LA LENGUA.—La lengua tiene dos clases de movimientos, unos que concurren á la masticación y otros al lenguaje articulado; movimientos que se excluyen y para cuya ejecución se necesitan circunstancias especiales.

Por lo tanto, sus lesiones ó más bien, la manera de perturbarse, es diferente en cada uno de éllos; sólo se suele observar la simultaneidad de estos dos actos, en las lesiones cerebrales de consideración.

Las perturbaciones de los movimientos de la lengua, pueden ser de causa local ó general; de causa local, como en las glositis, ulceraciones, en las variedades de anquiloglosas, desde el frenillo, («soubrelangui,» de los franceses) variedad de frenillo, en que el freno se hipertrofia formando un verdadero tumor; en el anquiloglosa inferior, ó adherencias de la cara inferior de la lengua al piso de la boca, á los lados del freno; en el anquiloglosa lateral, adherencia de un lado solamente, es congénita, pero cuando es adquirida resulta de una gingivo-glositis; el anquiloglosa superior, muy rara, pero que algunos recién nacidos lo han presentado. Niños que al venir al mundo, traen estas mal conformaciones, mueren por falta de alimento, no pueden efectuar la succión ni tomar el pezón. Entre las causas gene-

rales se cuentan las fiebres graves, el delirio violento, el último período de las enfermedades, la enagenación mental, etc.

Las alteraciones del primer grupo de movimientos pueden ser la titubeación, el temblor, la ataxia, la contractura, las convulsiones clónicas y la parálisis.

La titubeación y el temblor de la lengua, que son dos formas de un estado nervioso, se le observa en todos los estados adinámicos, en las intoxicaciones crónicas por el alcohol, el plomo ó el mercurio; en algunas enfermedades espasmódicas, como la eclampsia, la histeria, la parálisis agitante; se observa el temblor, en algunas personas impresionables, en un acto de pudor, cólera, terror ó cualquiera emoción fuerte. En la atrofia muscular progresiva, las contracciones fibrilares que se ven en la lengua son un buen signo de que este órgano está participando de la lesión general; igual cosa se ve en la parálisis general.

La ataxia, considerada en el sentido propio de la palabra, depende de las afecciones del sistema nervioso central. En las lesiones cerebrales, como en la hemorragia cerebral, embolia de algún ramo importante, que se acompañan de emiplegia, se encuentra á los enfermos con la boca entreabierta, dando salida á la lengua que se mueve convulsivamente y con tendencia á llevarla al lado paralizado; se explicaba anteriormente este

fenómeno por la parálisis de uno de los genio gloso ó estylo-gloso, pero posteriormente se ha visto que esta desviación no es más que aparente, porque estudiándola con cuidado se descubre que es la comisura labial la que está paralizada. Otras veces la lengua se dirige realmente á la comisura no paralizada, y la causa parece ser, un acortamiento mayor de las fibras longitudinales intrínsecas de la lengua, del lado sano.

La contractura existe en la inflamación de los músculos de la lengua, nervios y centro cerebro espinal, en la hemorragia meníngea y en la cerebritis secundaria.

Las convulsiones clónicas, en la córea de forma grave, en la glosalgía, en las convulsiones generales de las nevrosis, histeria y epilepsia y también en la rabia. (1)

La parálisis, ya sea que se manifieste por la

---

(1) Rafael García, de 32 años de edad, casado, de oficio tablajero, con habitación en el Campo Florido núm. 1, tuvo una prostatitis supurada que lo llevó al sepulcro: los síntomas generales que presentaba son los siguientes: temperatura alta, variando entre 40° 41°., sudores fríos y copiosos, *lengua seca y con un barniz amarillo verdoso.* Once horas antes de su muerte comenzó á tener movimientos rítmicos y continuos de la cabeza de derecha á izquierda; cuando ésta la llevaba al lado izquierdo abría la boca y exhalaba un quejido bastante fuerte; cuando la llevaba al lado derecho cerraba el ojo izquierdo, ponía la boca en actitud de soplar y sin articular ningún sonido *sacaba la lengua encorvándola en forma de hoz y la punta la llevaba hacia la oreja derecha.* Desde que le aparecieron estos movimientos de la cabeza, perdió el conocimiento y el habla. ¿Estos movimientos rítmicos de la lengua serán la manifestación de una lesión cerebral por una embolia séptica?.

desviación ó ya por una perturbación en los movimientos de la masticación, fonación y otros, presta un gran auxilio para el diagnóstico de una lesión cerebral.

La Odontología, la fluxión y la caries dentaria, el reumatismo de la articulación temporo-maxilar, las fracturas de los huesos maxilares, la luxación del maxilar inferior, son otras tantas enfermedades que hacen la masticación imposible. El acto de deglutir también es difícil, y el paciente se vé precisado á llevar con el dedo hasta la faringe el bolo alimenticio El gusto está alterado.

En la parálisis labio-gloso-faríngea se encuentra la parálisis total de la lengua.

Pasemos á estudiar las perturbaciones de los movimientos que concurren al lenguaje articulado.

El tartamudeo, fisiológico en los niños y aun en algunas personas adultas, se le observa como lesión patológica, en casos de frenillo, en la parálisis general, en las nevrosis, histeria, epilepsia, corea; en las intoxicaciones por el alcohol, sobre todo aguda, y en la de algunos metales y substancias orgánicas como la belladona, nicotina, cicuta, aconitina, veratrina, etc; en las fiebres graves se vé el mismo fenómeno, y en general en cualquiera emoción fuerte. Si el tartamudeo es de origen periférico, esto es, que dependa de los músculos de la lengua, hay en-

tonces una seudo-parálisis ó contracción espasmódica. Algunas lesiones de los lóbulos frontales, el idiotismo y la imbecilidad engendran el mismo hecho.

La abolición del lenguaje articulado existe en la *laloplegia*, cuyo síntoma capital consiste en que el enfermo, no obstante que guarda los movimientos y que puede comunicarse por la escritura, se halla imposibilitado para articular una palabra; al querer hablar el enfermo queda con la lengua inmóvil ó es atacada de un temblor. La laloplegia suele acompañarse de parálisis labial, circunstancia que compromete el acto de la succión y el de beber algunos líquidos.

Las lesiones, de cualquiera naturaleza que sean, que comprometen la tercera circunvolución frontal izquierda ascendente ó llamada «circunvolución de Broca,» traen consigo una pérdida del habla.

La parálisis de la lengua se señala en las afecciones del bulbo raquidiano, en la parálisis labio-gloso-faríngea y en la parálisis general progresiva.

Las perturbaciones de la palabra ó *dyslalia* pueden encontrarse aisladas ó en conección con las variedades del lenguaje psico-motriz

Una mala educación del lenguaje ó un ejercicio defectuoso de éste, traen en lo futuro su defecto. La facultad del lenguaje comprende dos faces: la una *pasiva*, en la que supone para el

lenguaje hablado, el conocimiento de sonidos particulares representando signos de expresión [*memoria auditiva*]; para el lenguaje escrito, el recuerdo de caracteres gráficos, correspondiendo también á signos convencionales (*memoria visual*); para la mímica, la memoria de gestos que tienen igualmente un sentido convenido; la otra *pasiva* en la cual estas memorias parciales, entran en comunicación con los centros de coordinación que presiden á la articulación de las palabras ó á la escritura, y que no obran normalmente si no es cuando las otras dos memorias parciales, la de los *movimientos de la palabra* y la de los *movimientos de la escritura*, creados por el almacenamiento en la substancia cerebral de las sensaciones producidas por los movimientos correspondientes á uno ú otro de estos actos, están á su vez intactos. Cada modo del lenguaje puede estar alterado por una perturbación de una ú otra de sus faces, aun cuando la inteligencia, la articulación de las palabras, la motilidad de la mano, hayan conservado un grado suficiente de integridad.

La afasia propiamente dicha, consiste en la imposibilidad de traducir el pensamiento por palabras; el afásico no presenta parálisis de los órganos que sirven á la articulación de las palabras (músculos de la lengua y de los labios); su inteligencia unas veces intacta, otras debilitada, no ofrece una debilidad tan marcada, para ex-

plicar la alteración de la palabra: sin embargo, esta es evidente; aun cuando su grado sea variable. Indica casi siempre una lesión cerebral, situada al nivel del pié de la tercera circunvolución frontal izquierda ó sobre el trayecto del haz que une éste al cuerpo opto-estriado y quizá al nivel de la ínsula: en los izquierdos la lesión está á la derecha. El mismo efecto resulta de las lesiones de los haces pediculo frontales sub-yacentes á esta región (Grasset), probablemente también en las lesiones de la cápsula interna y del haz interno del pié del pedúnculo, cuyos haces degeneran cuando la tercera circunvolución está lesionada (Charcot) y de las partes de la ínsula contiguas á esta circunvolución (Lépine; Déjerine): acaso la parafrasia esté ligada á una lesión de la ínsula.

El balbuceo, es una alteración del lenguaje que consiste en una dificultad en la formación literal de los sonidos; comprende un gran grupo, y entre una de las variedades existe la que presentan ciertos alienados, de cambiar las letras consonantes suaves por las consonantes duras.

Una dyslalia de origen material, es la que ocasiona las deformaciones ó mal conformaciones, ya congénitas, ya adquiridas de los órganos encargados de formar la palabra, y se encuentran ya en la laringe, aparato nasal ó palatino, lingual-dental, labial etc., deformaciones de tenerse

en cuenta, y de descubrir su origen; pues si son de origen congénito, hará pensar del enfermo que había en él anomalías de desarrollo; si son de origen accidental, prestarán su ayuda para asentar un diagnóstico, establecer un pronóstico y formular un tratamiento. ¿No es así como se conduce el cirujano ó el médico ante un labio leporino, una deformación de la nariz, desgarraduras de la lengua fractura de los dientes, arrancamiento de la lengua, dientes, desgarraduras de la comisura labial alcanzando hasta las mejillas, heridas por arma de fuego, etc., ó ante accidentes sifilíticos anteriores, accidentes repetidos de epilepsia, histeria y otras afecciones?

Las enfermedades nerviosas centrales ó periféricas, orgánicas ó funcionales engendran por su parte perturbaciones en la palabra; la más importante es la parálisis general, entre cuyos síntomas existe uno que le es propio, y es nada menos el cambio especial que sufre el lenguaje. La senilidad, una de las causas orgánicas, da también nacimiento á alteraciones en el lenguaje. Conforme adelanta el proceso de la senilidad, se ve que se resiente la memoria y hace perder la analogía de los puntos auditivo-visual y motriz; las representaciones de las palabras, disminuyen más y más hasta perderse la forma de la memoria verbal. El enfermo que llega á este grado, su lenguaje está representado por unas cuantas palabras ó expresiones sin sentido racional.

La paralegia del paralítico general consiste en intercalar palabras en su discurso referente á la idea que lo domina en su delirio, sin que de esto tenga la menor conciencia. El estado mental del afásico, según el curso que siga la enfermedad, así estará sujeto á variar: unas veces hay solamente una mayor ó menor decadencia intelectual con mayor ó menor rapidez y más ó menos profunda; otras veces, hay realmente concepciones delirantes, ideas erróneas, ilusiones, alucinaciones, ideas delirantes, etc., y la explicación existe, en la causa original, reblandecimiento cerebral.

Hay enfermos que conservan todavía su lenguaje, pero que al emitir alguna idea, lo hacen repitiéndola frecuentemente para asegurarse (dicho de los enfermos) de que no han perdido su lengua, otros enfermos pronuncian palabras ó fraces incoherentes sin completar el pensamiento, porque creen que una fuerza misteriosa se opone á ello ó que altera simplemente la traducción verbal.

El pensamiento hablado y las perturbaciones que se observan al expresarlo, son estígmatos útiles para caracterizar una enfermedad mental. Desde la amnesia verbal simple que se encuentra al estado normal del individuo, y que consiste en el olvido de una palabra ó frace, por más esfuerzos que se hagan para recordarla. La amnesia que se observa en las intoxicaciones, en especial la del tabaco; la que se estudia en la ja-

queca oftálmica, que es un síndroma patológico el enfermo tiene su inteligencia intacta, las ideas son perfectas; cuando se le provoca alguna cuestión, oye lo que se le dice, pero escapa á su mente el significado de las palabras, hay sordera verbal, al mismo tiempo aún cuando no exista parálisis de algún músculo motor, el enfermo no puede articular una palabra. Parinaud refiere la observación de un individuo de 35 años, que padeciendo de jaqueca oftálmica, cada acceso se acompañaba de pérdida súbita de la palabra, que le duraba algunas horas; en uno de los últimos que sufrió y que duró afásico 36 horas, presentó entre otros síntomas, desigualdad pupilar, embarazo de la palabra y temblor fibrilar de la lengua y las manos.

Los epilépticos tienen también entre sus estígmatos perturbaciones del lenguaje, que son los que parten del aura y que comprenden desórdenes motores, sensitivos y psíquicos. En algunos se encuentra solamente tartamudez (una repetición de las palabras), parafracia ó afacia motriz más ó menos completa; en otras, agudez del oído al ruido, pero sin comprender el significado de las palabras.

En la histeria, se cuenta el mutismo histérico, cuyo fenómeno consiste en que el enfermo, comprendiendo el sentido de las palabras habladas ó leídas, pueda comunicar sus ideas por la mímica ó por medio de la escritura; pero le es

enteramente imposible emitir un sonido, no obstante que persiste la integridad de los movimientos de la lengua y labios; está privado de las representaciones motrices indispensables para el mecanismo de la palabra articulada, está áfono. Con lo que puede confundirse el mutismo histérico, es con el mutismo que existe en los atacados de melancolía depresiva.

La indecisión, la lentitud de la palabra, pertenece á la pereza intelectual, son signos de la demencia. El temblor de la palabra forma parte de los fenómenos motores, y se acompaña de movimientos en la lengua y músculos de la expresión facial.

En el paralítico general, el lenguaje comienza á modificarse por una dificultad en ciertas sílabas, sigue después una vacilación más pronunciada, unas veces intermitente, otras continua, hasta que la palabra cortada, toma un carácter estravagante y se convierte en seguida en salmodia (hablar con dificultad, mascar las palabras) y temblorosa; á la vez que esto pasa, el timbre de la voz baja, se hace ronca. Cuando la voz no se ha perdido y el enfermo habla, los obstáculos que encuentra al emitir algún pensamiento son mayores á medida que se apresura á decirlo más aprisa; por el contrario, si lo dice con mucha calma, deletreándolo por decirlo así, sílaba por sílaba, conseguirá expresar su pensamiento, que de otro modo no podría hacerlo.

El balbuceo marca su carácter sobre la formación literal de los sonidos; no se nota el tropiezo de sonidos cuando la palabra es corta, sino cuando es larga, de aquí que para descubrir el balbuceo, hay la necesidad de obligar al enfermo á que pronuncie palabras largas.

El trastrabilleo silábico, debe distinguirse del tartamudeo; en los dos fenómenos coexiste la falta de coordinación de las sílabas, con la diferencia de que el primero se caracteriza por la predominancia de las manifestaciones paralíticas, mientras que el segundo, por manifestaciones espasmódicas con perturbaciones en el ritmo respiratorio.

En otro lugar digo que el balbuceo es una dificultad en la formación literal de los sonidos, originada por una nevrosis espasmódica; pues bien, unas veces hay substitución de consonantes fuertes por suaves, y otras veces, es la pronunciación de alguna sílaba la que se perturba, ya sea al principio ya al medio de la palabra, con una particularidad, y es, la de que el enfermo, no midiendo la cantidad de aire que necesita para su respiración, al hablar, se le acaba el aire que introdujo en sus pulmones durante la inspiración, la expiración es rápida, mal medida y se vé obligado á hacer una nueva inspiración en medio de una palabra. Se distingue el tartamudeo del balbuceo, en que éste se hace sentir sobre el enlace silábico. Por último, el tartamudeo se distingue

del tartajoso, en que este último bajo la influencia de alguna excitación moral ó intelectual, al hablar, omite sílabas y aun palabras enteras. El tartajoso hará correcto su lenguaje si fija más su atención al hablar, y el tartamudo tanto mejor cuanto menos se precipite.

VIII. SOLUCIONES DE CONTINUIDAD DE LA LENGUA.—La circunstancia de que este órgano esté encerrada en la cavidad bucal, hace que se halle más á cubierto de los traumatismos; la clínica, sin embargo, nos enseña casos en que no obstante su protección ha sido víctiva de violencias exteriores (1) en tiempo de guerra, las que más se observan son las de arma de fuego. Las soluciones de continuidad más comunes son de orden quirúrgico.

En el orden patológico se encuentran soluciones de continuidad en la tos ferina, á los lados del frenillo; en la eclampsia, en la parálisis labio-glo-

(1) En la clínica de segundo año de 1891, en el Hospital Juárez se estudió á un enfermo que presentaba la *pérdida de la mitad anterior de la lengua* á consecuencia de una mordida que le dió su contrario en una riña; veinte días duró su curación, al cabo de los cuales se le dió de alta como sano. Todas sus funciones de masticación, deglución, etc. se efectuaban bien; su pronunciación era un poco hueca, y al emitir sus ideas encontraba dificultad para expresar *las palabras que tienen letras linguales.* Refirió el enfermo que su agresor, tratando de extrangularlo, lo tomó del cuello apretándoselo con fuerza, sacó entonces la lengua y fué cuando recibió la mordida.

so-faríngea en la que la lengua inmóvil no puede escapar á los movimientos de las mandíbulas.

En algunas nevrosis, y en particular en la epilepsia, hay cicatrices transversales, muchas veces antiguas é irregulares, otras veces heridas frescas, que los enfermos procuran negar dándoles otro origen para desviar el criterio del médico. En el tétanos y en la contracción espasmódica de los maseteros, se suelen ver algunas veces, no solamente heridas, sino la amputación de una parte del órgano. En un ataque de eclampsia puerperal, la lengua puede colocarse entre los arcos dentarios y ser más ó menos herida; la sangre que sale se mezcla á la saliva espumosa.

En el tifo, fiebre tifoidea en la glositis sifilítica, en la glositis desecante de Wunderlich, en el cáncer, se vé la lengua surcada de grietas más ó menos profundas (2). Las ulceraciones parduscas que se encuentran algunas veces en los bordes y punta de la lengua, se pueden confundir con las que ocasionan las desigualdades de los

---

(2) N. N. mujer de 18 años de edad, casada y con domicilio en la 1ª Calle de la Amargura núm. 12, estaba afectada de tifo hacía cinco días, y al examinarla le encontré 39° de temperatura, curbatura, cefalalgia, inyección viva de las conjuntivas, sed viva, *lengua seca con una cubierta amarillenta obscura, áspera al tacto y atravezada por surcos más ó menos profundos*. No seguí el curso de la enfermedad; una sola vez la ví.

dientes; pero su aspecto y examen minucioso esclarece el diagnóstico.

La mal alineación de los dientes ó malares, los raigones, hieren á la lengua por lo general en los bordes y en la punta. En la estomatitis úlcero-membranosa, las ulceraciones existen sobre la cara superior y bordes de la lengua, afectando la forma alargada, casi lineal y de poca profundidad, En la estomatitis aptosa y mercurial, las ulceraciones que existen se cubren como las de la úlcero-membranosa, con falsas membranas.

En el tercer período de la sífilis, las úlceras son el resultado de los tubérculos ó gomas, son profundas, con secreción saniosa y fétida, con tendencia á destruir los tejidos vecinos, serpiginisosas, perforando algunas veces la lengua de parte á parte.

La úlcera tuberculosa se encuentra en la caquexia tuberculosa, se localiza en la cara dorsal, de donde se puede extender á los bordes y aun á la cara inferior. La úlcera lingual es única, salvo al principio de su formación que son varias hasta que fundiéndose hacen una: es superficial, con anfractuosidades, sin vegetación, de fondo rosado, gris ó gris amarillento, de bordes vivos, rojos, de forma redonda al principio é irregular después.

IX. Erupciones de la lengua.—En la mucosa de la lengua, pasa igual cosa que con el te-

gumento externo, que puede verse invadida de diferentes erupciones; con la circunstancia de que al estudiárselas, difieren un poco sus caracteres físicos por encontrarse la lengua húmeda, en la mayoría de los casos y por el color rosado propio de este órgano que les sirve de fondo.

Las pústulas. vesículas y bulas, se cambian en poco tiempo en ulceraciones que se profundizan más ó menos, y la lengua por los movimientos que ejecuta, hace caer las costras ó escaras, circunstancia desfavorable para el estudio orgánico de éstas.

El sarampión, la escarlatina. la ruseola y otras enfermedades eruptivas, no se caracterizan bien sobre la lengua por el color rosado, normal, que les presenta como fondo, no así sobre la piel donde se destacan perfectamente. En las viruelas, las pústulas, cuando invaden la mucosa lingual son muy diseminadas, se agrupan comunmente en los bordes.

En la escarlatina cuando un barniz cubre el dorso de la lengua, la erupción sólo se ve en los bordes: al tercero ó cuarto día comienza á descamarse. En el herpes, la lengua se ve sembrada de placas, la saliva tiene reacción ácida, y cuando se quieren desprender las placas se desprenden llevándose pedazos de lengua.

La erisipela, aunque no muy común y de una manera directa, se le ha visto invadirla por propagación.

El uso abusiso del tabaco de fumar, crea en la lengua escamas endurecidas que alcanzan al dermis mucoso; la lengua tiene un color rojo vinoso. La sífilis, en su segundo período, produce algunas veces "placas grises lechosas" llamadas también "placas mucosas de la sífilis constitucional;" estas placas son una mezcla de escoriaciones y de manchas blancas ó grises. Ricord y Küssmaul no creen que tengan por origen la sífilis sino que pueden nacer por el mercurialismo; pero hechos clínicos que podrían desmentir esta opinión, son los casos en que resistiendo al clorato de potasa y yoduro de potáseo desaparecen por el tratamiento mercurial.

El eczema generalizado que alcanza á la lengua, hace que su epitelio caiga en escamas delgadas; se observa aquí la misma tenacidad que en la piel para curarse.

En la hidrofobia, según Marochethe, se forma en el período de incubación entre los tres y nueve días, unos tumorcitos á los lados del frenillo y en el vértice de las glándulas submaxilares y sublinguales.

Las aptas eligen como sitio de localización los bordes y punta de la lengua; las ulceraciones que resultan en los bordes son dolorosas, grandes y tardías para curarse; las de la punta, son pequeñas, poco dolorosas y curan en un corto tiempo. El pénfigus es raro observarlo sobre la lengua.

El psoriasis bucal, estudiado con vidrios de aumento como lo ha hecho Debove, se ve en las manchas las papilas voluminosas, algunas confundidas y envueltas por una masa epitelial. El psoriasis suele ser general ó local, y entonces se presenta ya bajo la forma munular ya solamente en una placa central. Las placas al principio, opalinas y transparentes, después se obscurecen tomando un blanco plateado; la superficie,. unas veces es lisa, otras abollada con surcos ó fisuras. La caída del epitelio da nacimiento á úlceras, que se cubren en pocos días de un nuevo epitelio. Un carácter particular de esta afección es la tendencia que tiene á degenerar con el tiempo en cáncer epitelial.

De la Patología general de Chomel, tomo el siguiente párrafo: "hay un fenómeno que tiene grande importancia en semeiótica, es la existencia de placas ó de granos blancos y amarillentos, muchas veces confluentes, dispuestos unas veces ya bajo la forma de una especie de barniz, (*enduit pultacé*) ya en membranas delgadas y reticuladas, ó gruesas y opacas, que se desprenden y se reproducen alternativamente, y ocupan casi siempre á la vez ó sucesivamente la cara superior y los lados de la lengua, la cara interna de las mejillas, el velo del paladar y los pilares. La aparición de estas placas tiene poca importancia bajo la relación del diagnóstico, porque no pertenecen á ninguna enfermedad en particular, pero

tiene mucha relativamente al pronóstico. En las enfermedades crónicas, quita casi toda esperanza de una feliz terminación, sobre todo cuando la erupción persiste más allá de algunos días, ó se ha reproducido varias veces. En las enfermedades agudas, sin ofrecer el mismo grado de gravedad, se añade también á la que los otros síntomas pueden ofrecer de inquietante. La misma erupción se ha manifestado momentáneamente en algunos sujetos, y particularmente en ancianos, cuya salud no ofrecía ningún otro desarreglo; no tiene entonces el mismo valor semeiótico que cuando sobreviene en un sujeto seriamente enfermo."

X. ALTERACION DE LA SECRECION DE LA LENGUA.—La lengua secreta un moco en gran cantidad, cuyos caracteres especiales unidos á los de la saliva, forman un líquido mixto, que puede estar sujeto á variar tanto en cantidad como en calidad.

Las causas que disminuyen el moco son numerosas; por ejemplo; la obliteración de las fosas nasales por una congestión de su mocosa, por cuerpos extraños: moco, sangre, por producciones poliposas, que obligan al enfermo á que respire con la boca abierta; en las enfermedades de los órganos toráxicos y abdominales, neumonía, pleuresía, peritonitis por la misma razon y por acelerar los movimientos respiratorios. En el sueño se encuentra la lengua seca, fenó-

meno que desaparece poco después de levantarse el individuo, aunque en algunos les dura algunas horas del día ó algunos días; la lengua además está lisa, lustrosa y roja ó áspera, rugosa y negra En algunos ancianos, por cuestión de edad y sin relacionarse á ningún padecimiento, tienen la lengua seca, lo mismo en los oradores por el uso prolongado de la palabra; y de origen reflejo en las emociones morales fuertes, en en el trabajo del parto, etc.

Terapéuticamente se disminuye ó impide la secreción, por la administración de algunas substancias, como los narcóticos á altas dosis, la belladona, la atropina, la hiocianina, el opio en natura, etc. patológicamente en muchas enfermedades, y en general en todas las enfermedades febriles.

La sequedad comienza en la mitad de la cara dorsal de la lengua, para extenderse poco á poco á los bordes y á la punta, de manera que la parte seca tiene la forma de un triángulo de base anterior. Cuando la sequedad llega á su último grado, se pone la lengua rasposa, rugosa y no deja en el dedo que toca, nada absolutamente; el individuo por su parte encuentra torpeza en los movimientos y sobre todo en los de la palabra.

En la fiebre, hay dos factores que concurren á producir la sequedad, el paso continuo del aire por la boca, que produce una evaporación pronta, y la desecación que el simpático provoca por

la excitación que recibe de la evaporación. La lengua seca, puede presentar varios colores, dependientes de barnices, amarillento moreno ó negro, etc. (1) (2) (3) (4) (5) (6).

---

(1) Regina Gómez, de 30 años de edad, con habitación en el Puente del Clérigo núm. 1, ha abusado de las bebidas alcohólicas: refiere que comenzó á sentirse enferma de su aparato digestivo; un mes hacía de cuando la ví, que tuvo anorexia, digestiones penosas de los pocos alimentos que ingería y desarrollo excesivo de gases intestinales acusados por la elevación del vientre; de vez en cuando había ligera elevación de la temperatura por las tardes, acompañándose esta de laxitud, dolor y sensación de peso en el hipocondrio derecho, notando que la coloración de su piel y especialmente de las conjuntivas, tomaba un color amarillento. A los ocho meses de padecer le hice un reconocimiento y encontré que los síntomas anteriores persistían; *la lengua presentaba un barniz amarillento con sabor amargo*, vientre abovedado y duro por el aumento de volumen del hígado que casi llegaba hasta la cicatriz umbilical, sensación de peso y dolor más marcado que al principio de la enfermedad, la diarrea y los progresos del mal fueron agravando la situación de la mencionada Regina, quien murió en un estado de enflaquecimiento completo, habiéndose presentado en los últimos días de su vida hemorragias nasales abundantes, *sequedad en la boca y un barniz negruzco en el dorso de la lengua.*

(2) Josefa Sousa, de 44 años de edad, con domicilio en el Callejón de San Camilito núm. 3; acostumbrada á las bebidas alcohólicas, tuvo una neumonía catarral del lado derecho; en la convalecencia de dicha enfermedad, sintió un día, mucho calosfrío seguido de elevación de la temperatura hasta 39° con ligeras remisiones en las mañanas, dolor tan agudo en el hipocondrio derecho que le ocasionaba una disnea intensa, tinte ictérico de las conjuntivas y de la piel, *lengua seca y*

rasposa con un barniz negro en toda su cara dorzal, hígado un poco aumentado de volumen, vómito y diarrea, y en general presentaba un aspecto tifoideo muy marcado; falleció la enferma á los veinticinco días después del principio de éstos accidentes.

(3) Juana García que vive en Salitreros núm. 5 de 42 años de edad, se vió atacada repentinamente de un dolor agudo en el vientre. Mirando que á los cinco días no se le calmaba su molestia, solicitó los auxilios médicos. Lo primero que noté al acercarme á su cama fué un estado de postración suma; pulso pequeño, frecuente, sudor frío y continuo, temperatura inferior á la normal, voz apagada, *lengua seca y con un barniz negruzco, acentuándose más en el centro*, vómitos cada vez que ingería alimentos, y fuera de éstos, biliosos; dolor agudo en el abdomen y meteorismo completo, constipación y frecuentes accesos de hipo; á los diez días de tratamiento el abatimiento se conservaba aún, el pulso y la temperatuta presentaban los mismos caracteres, los vómitos y el meteorismo cesaron y sobrevino una diarrea muy líquida de color rojo obscuro con pequeños coágulos sanguíneos. El estado de la *lengua era la misma que al principio*. Ignoro la terminación de los accidentes.

(4) Julia Gutiérrez de edad de 54 años, con domicilio en la Calle de Miguel López núm, 1, se vió atacada repentinamente de vómitos y evacuaciones muy frecuentes, acompañándose de dolor intenso en el vientre que se calmaba después; sensación de sequedad en la boca, presentándose la *lengua rasposa y con una coloración negruzca;* en la enferma se notaba un abatimiento marcado; á estos accidentes acompañaban calambres en los mienmbros superiores é inferiores; tres días de tratamiento bastaron para que todos estos síntomas desaparecieran, quedando enteramente sana la enferma

(5) Narciso Guerrero, de 30 años de edad, de ejercicio cargador, entró al Hospital de San Andrés y ocupó la cama núm. 28 de Cirugía Mayor: padecía de una artitris exudativa con derrame, la que acompañaba una neumonía centál al-

En los envenenamientos urinosos pasa cosa parecida. (7)

---

cohólica del lado izquierdo y por lo que el enfermo presentaba los síntomas: temperatura elevada, postración, cansancio respiratorio, fuliginosidades, los dientes, *la lengua estaba seca enteramente con un barniz amarillo rojizo muy obscuro en el centro; además, en la mitad izquierda de la lengua y también en la cara dorsal, borde, como en la cara inferior, tenía unas manchitas azules de dos á cuatro milímetros de diámetro, de forma más ó menos circular*, debidas probablemente á la intoxicación alcohólica crónica. El enfermo curado de la rodilla y del pulmón salió del Hospital, llevando siempre las manchitas encontradas en la lengua.

(6) Manuel Morales, de 30 años de edad, comerciante, con antecedentes venéreos impaludicos y alcohólicos, entró al Hospital de San Andrés ocupando la cama núm. 26 de la sala de Cirugía Mayor para curarse de un estrechamiento infranqueable de la uretra, de origen blenorriágico con fístulas consecutivas y balano-postitis. En el curso de la curación se quejó un día de un dolor en el epigastrio, al nivel de la línea mamaria derecha, dolor fijo y constante sin irradiaciones; tenía además calentura, sopor, *la lengua seca, áspera al tacto, semejante á la de los rumiantes, con un barniz negruzco sobre el dorso, obscuro en la línea media*. Creyendo que se trataba de una colecistitis, se procedió á abrir la vesícula de la hiel, pero con gran sorpresa se vió que el tumor estaba formado por ciento cincuenta cálculos de tamaño variable. El enfermo murió tres días después de operado, de una perítonitis. El enfermo nunca se quejó del hígado, dato raro en su patogenia.

(7) Prisciliano Murillo, de 57 años de edad, zapatero, ingresó al Hospital de San Andrés á curarse de una retención de orina por esclerosis del cuello de la vejiga, esclerosis renal,

Las alteraciones de la secreción lingual forman la variedad de colores con que las cubiertas tapizan la superficie de la lengua; puede ser mucoso y epitelial y á su vez bilioso ó sanguinolento, seudo membranoso ó parasitario.

El mucoso, formado por el amontonamiento de productos normales ya existentes ó secretados (epitelio, moco), á los que se agrega á veces polvos venidos de afuera ó restos de alimentos. Si entra la materia colorante de la bilis en su formación, toma el nombre de bilioso, y sanguinolento si se mezcla á la sangre.

Las cubiertas, no siempre abrazan toda la cara superior de la lengua, sino que pueden limitarse á una pequeña porción; los bordes y la punta casi en todos los casos se les encuentra libres de esta invasión. El surco de la cara dorsal es el sitio de elección, allí es donde se marca más por su color y espesor.

Estudiados los barnices físicamente, podemos distinguirlos en blanquizco, amarillento desde el amarillo claro hasta el verde obscuro, verdoso, fuliginoso y negro; son gruesos ó delgados; firmes ó fáciles de quitar, secos ó húmedos, uniformes ó extendiéndose desigualmente en placas ó

---

cistitis catarral é hipertrofia de la próstata. Murió á consecuencia del envenenamiento urinoso; entre los síntomas generales que presentaba, había sudores fríos, disgusto por los alimentos, *lengua sucia y seca* con sabor amargo de orina, igual á la que Guyon llama *lengua urinosa*

en ondulaciones parecidas á las que se ven en una carta geográfica.

Al hacer el estudio anatómico de la lengua, indiqué el epitelio pavimentoso estratificado que cubre á este órgano; epitelio, que como todos los de su clase está sujeto á renovarse ya por caducidad, ya en este caso, por el desprendimiento que los movimientos de la lengua provoca al chocar contra las paredes de la cabidad bucal. Cruveiller y Rochoux creen que es debido la formación de cubiertas, á un aumento en la producción del epitelio, influenciado por una perturbación de la secreción.

El análisis de la secreción normal de la lengua hecho por Vauquelin Lauguier y Denis, sobre 15 gramos de substancia, es el siguiente: Fosfato de cal 5 gramos 2; Carbonato de cal 1 gramo 3; moco alterado 7 gramos, 5 y pérdida 1 gramo. Como se vé es muy semejante al del tartrato dentario.

Entre el número de causas de formación del barniz mucoso, se señala la parálisis de la lengua, en cuya circunstancia no habiendo caída del epitelio muerto hay mayor facilidad para que se acumule; otras veces su origen son los catarros, donde hay una hipergenesia de elementos y una disminución de secreción bucal; por lo mismo, el moco que humedece se opaca á medida que aumenta en espesor, formando estratificaciones regulares. Si se mezcla á los polvos del aire ó

á partículas alimenticias, da al barniz una variedad de colores desde el blanquizco al moreno.

Las cubiertas blanquecinas, como he dicho, son debidas á la desecación del fluido salivar; se le encuentra, según Trousseau, después de la ingestión de bebidas estimulantes. No siempre abraza la coloración toda la cara dorsal, lo más común es verla sobre la línea media y hacia el agujero ciego de Morgagni. Es más grueso en el rafé. El color blanquizco de la lengua se ha utilizado como signo de diagnóstico importante en los catarros de la mucosa digestiva. Broussais participa de esta opinión. El Sr. Dr. y Profesor M. Galán, que tiene estudios sobre este particular, ha descrito este aspecto que presenta la lengua, bajo el nombre de «lengua catarral.»

Observamos la misma coloración en la abstinencia, al principio de la invasión de las fiebres eruptivas, en las fiebres graves, con alguna frecuencia en la infección palúdica, y por último, en las mujeres puerperas atacadas de lo que se ha llamado *fiebre de leche*, donde además de blanquizca está gruesa.

El barniz mucoso puede mezclarse con la materia colorante de la bilis, formando así el signo patognomónico de lo que se ha llamado estado bilioso; es el más común, y puede ser primitivo y constituir él solo el proceso, puede ser secundario y entonces añade su acción á la de las en

fermedades con las cuales se acompaña. Algunos autores han querido relacionar este color, con el carácter del individuo, pero parece que esta idea no pasa de una opinión. El barniz que describo se le ha llamado también "estado ó barniz saburral".

El color del barniz mucoso puede variar ya en parte, ya en totalidad, ofreciendo en algunos enfermos todas las variedades desde el amarillo claro hasta el verdoso obscuro, notándose la particularidad de ser más obscuro en la línea media.

Se encuentra también el barniz mucoso en la fiebre sínoque, la neumonía, la disenteria, la fiebre remitente de los países cálidos, en la angina seudo membranosa, donde á veces la lengua está hinchada y con los bordes rojos.

El Dr. H. Liberman saca de sus observaciones sobre el tifo, que en esta enfermedad al principio está la lengua seca y que desde el tercero ó cuarto día aparece cubierta de un barniz amarillo sucio; en otros, está cubierta de fuliginosidades, está hendida, y según el curso de la enfermedad, se vé cambiar el color de los barnices y el aspecto físico de la lengua. En el tifo ataxo adinámico, el enfermo presenta una lengua húmeda, pegajosa y cubierta de un barniz amarillento (Reyes S. Flores).

Según Mr. Luis, el color negro, la rudeza al tacto, el aspecto hendido de la lengua en la fie-

bre tifoidea, se relacionan sobre todo á la intensidad y á la duración del movimiento febril cualquiera que sea el origen.

Las cubiertas negruzcas ó sanguinolentas se estudian bajo los dos puntos de vista de su formación: 1°, cuando se deben al desecamiento excesivo del moco, y 2°, cuando el baniz mucoso se mezcla con la materia colorante de la sangre, la que proviene ya de grietas ya de fisuras que se forman en el dermis. Hay casos en que esta cubierta se acompaña de una sequedad tan exagerada, que la lengua parece córnea.

En algunas personas de edad avanzada y en algunos diabéticos, la lengua está seca y negruzca. En las enfermedades de forma adinámica y hemorrágica, como las fiebres eruptivas; en las fiebres intermitentes perniciosas, las fiebres remitentes palúdicas, la fiebre amarilla durante el tercer período; el tifo, la fiebre tifoidea, el escorbuto, la peste, las anginas gangrenosas, la podredumbre de hospital, el muermo, etc. nos presentan el barniz negruzco y sanguinolento.

El barniz fuliginoso no es otra cosa que la mezcla del moco con la mayor ó menor cantidad de la sangre que escurre de las soluciones de continuidad de la lengua; al secarse da esta variedad, cuyo conjunto forma una masa negra que no se localiza únicamente sobre la lengua sino que se extiende á los dientes, encías, labios y demás anexos de la boca.

Lo observamos en los procesos que se acompañan de descomposición de las angre: tifo, fiebre tifoidea, 3er período de las fiebres eruptivas, la peste, la púrpura, el escorbuto y en el último período del vómito prieto En algunas mujeres embarazadas que padecen vómitos incoercibles tienen la lengua árida con fuliginosidades y de un sabor ácido.

El barniz seudo-membranoso es excesivamente raro en la lengua; la difteria rara vez la invade, y cuando acontece se le vé con especialidad en la base del órgano. En la estomatitis ulcero-membranosa, en la aptosa y mercurial existe una seudo membrana, pero se forma sobre las ulceraciones

El barniz pultáceo, á decir de Dosuret, es el que está formado por la acumulación de una materia fibrinosa, en membranas, que ofrecen el detalle de presentarse uniformemente extendidas ó en islotes aislados.

Bergeron ha encontrado las ulceraciones tipos de la estomatitis ulcero-membranosa tapizadas por una producción de consistencia blanda, (pultácea) de color amarillo pálido, muy parecido al líquido que cubre las ulceraciones gingivales

Hardy y Bêhier describen como variedad de las estomatitis ulcero-membranosas la que denominan "estomatitis costrosa ó pultácea"; en la que los enfermos tienen la lengua cubierta de una capa blanca, blanda, caseosa, muy gruesa, dándo-

le todo el aspecto de una seudo membrana.

Por último el barniz parasitario se encuentra con especialidad en los bordes y cara dorsal de la lengua formando placas de color blanco remoso, extendiéndose por lugares ó cubriéndola en toda su superficie. El *oidimms albicans* del algodoncillo y otros muchos, pueden encontrarse poblando la superficie de la lengua.

Los diversos matices que ofrecen las cubiertas de la lengua, tienen alguna utilidad y prestan su contingente al médico, al examinarla, al estudiarla en algún enfermo? Unos autores le niegan la utilidad y otros, y es la mayoría, se la conceden. Hipócrates decia: *Lingua humorum dominium colore referet ideoque per hanc ad humorum dignationen perveninms.* (1).

En el tomo 15, página 57 de la Gaceta Médica de México, en un trabajo sobre el tifo, hecho por el ya muerto Dr. D. Ricardo Egea leo lo siguiente: "Al principio de la enfermedad la lengua está húmeda, cubierta de una costra blanca y roja en los bordes, á proporción que el mal avanza, se pone seca; la mancha blanca que tenía en el centro desaparece, y se pone tan árida que al tocarla con el dedo, recibe uno la sensación que se experimentaría al tocar un pedazo de lija: cuando la lengua está toda seca y de un

(1) Por el color dominante de la lengua sacamos las enfermedades; y por ésta misma llegamos al conocimiento de las enfermedades.

color rojo vinoso, la sed del enfermo es insaciable. Si las fuliginosidades de la lengua se presentan, lo que no es constante, pues su aparición la veo marcada en cincuenta casos quince veces, entonces se cubre la lengua á fines del primer septenario y curso del segundo, de una substancia espesa, pastosa y gomosa, que se organiza en ella y la cubre completamente: esta substancia se adhiere á los dientes y da á la boca un aspecto muy repugnante, exhalándose un olor que recuerda al de la estomatitis mercurial: esta substancia, pastosa al principio y pegajosa, al secarse, se pone obscura y aun casi negra, y si el caso no ha de terminarse por la muerte, se vé que el enfermo se arranca de la lengua un verdadero estuche en que el órgano estaba encerrado."

El pronóstico de la afección "lengua geográfica" siempre es benigno.

En el tifo, fiebre tifoidea y demás de la misma familia, mientras la lengua permanezca seca, se debe temer mucho del pronóstico. El barniz blanquizco se cree que es favorable si no cambia la coloración durante la enfermedad (Broussais).

El barniz sanginolento en la neumonía de los ancianos, indica un estado general grave. Si en la neumonía, la vuelta de la lengua al estado normal, coincide con una nata en la orina, indica que favorablemente hará crisis la enfermedad

Si se vé que el barniz desaparece y no se pre-

senta otro síntoma alarmamente, puede uno abrigar la esperanza de tener un resultado feliz y pronto. El barniz grueso, opaco y pegajoso es un síntoma de mal pronóstico, y lo es tanto más, cuanto que es más adherente. En los enfermos que tienen la lengua seca, si esta sequedad no desaparece se debe temer del resultado.

La sequedad, la duresa leñosa, el arrugamiento de la lengua, su temblor, la dificultad de salir de la boca, son hoy, como desde el tiempo de Hipócrates, signos muy graves y que revelan un gran peligro. Los barnices diversos que, bajo forma de aptas, de películas de papila, (bonille) cubren la membrana de la mucosa de la boca, sobre todo cuando forman una capa gruesa y que se renuevan inmediatamente después de haberse desprendido, son signos pronósticos de un gran valor en las enfermedades agudas, y más todavía en las enfermedades crónicas: anuncian en éstas una terminación casi inevitablemente mortal; se añaden mucho en aquéllas á la gravedad del pronóstico, sin ser tan constantemente el indicio de una mala terminación.

México, Febrero de 1896.

Tomás A. Talavera.